

Olsztyn,.....r.

## SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

Szkoła Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

kieruje Pana/Panią ....., studentka/tkę ..... roku  
studiów stacjonarnych, ..... stopnia kierunku.....  
do.....

\* (nazwa zakładu/podmiotu leczniczego )

celem odbycia **praktyki zawodowej** z przedmiotu .....

w wymiarze.....godzin dydaktycznych.

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

### ZGODA ZAKŁADU/PODMIOTU LECZNICZEGO

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej na podstawie Umowy na realizację zajęć dydaktycznych  
w terminie

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych takich jak imię, nazwisko oraz forma i kierunek  
studiów do .....

(nazwa zakładu/podmiotu leczniczego)

w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki zawodowej

**w dniach** ..... (*proszę wskazać ustalone  
daty praktyk zawodowych w przypadku innych godziny niż ranne wpisać również godziny*)

.....  
(data, imię, nazwisko i podpis studenta)